

## Diagnóstico y remedios contra la influenza española en Chiapas, 1918-1919: un documento del doctor Gustavo Gómez Azcárate

### Diagnosis and remedies against Spanish influenza in Chiapas, 1918-1919: a document by Dr. Gustavo Gómez Azcárate

Miguel Lisbona Guillén\*

 [10.29043/liminar.v21i2.1033](https://doi.org/10.29043/liminar.v21i2.1033)

**Resumen:** La escasa atención prestada en la historiografía chiapaneca a la pandemia conocida como “influenza española”, no impide reconocer su afectación en vidas humanas en el estado del sureste mexicano, en concreto a finales del año 1918 y principios de 1919. Ante el desconocimiento del virus causante de los rápidos fallecimientos, en la época se recurrió a los remedios conocidos de anteriores epidemias de influenza, así como a los saberes de los escasos médicos que vivían en Chiapas. En tal sentido, en el presente artículo se ofrece la extensa respuesta que el doctor Gustavo Gómez Azcárate hizo a la solicitud del gobierno estatal para establecer medidas preventivas y antídotos destinados a enfrentar la enfermedad. Una respuesta que se contextualiza históricamente para entender las dificultades a la hora de atender una emergencia sanitaria, como la que ocasionó la pandemia de influenza, debido a las carencias materiales y científicas del momento.

**Palabras clave:** enfermedad, pandemia, contagio, médicos, medicamentos.

**Abstract:** The scarce attention paid in the historiography of Chiapas to the pandemic known as “Spanish influenza”, does not prevent us from recognizing its impact on human lives in the southeastern Mexican state, specifically at the end of 1918 and beginning of 1919. Given the lack of knowledge of the virus that caused the rapid deaths, at the time, the remedies known from previous influenza epidemics were used, as well as the knowledge of the few physicians who lived in Chiapas. In this sense, this article offers the extensive response of Dr. Gustavo Gómez Azcárate to the request of the state government to establish preventive measures and antidotes to face the disease. A response that is historically contextualized to understand the difficulties in dealing with a health emergency, such as the one caused by the influenza pandemic, due to the material and scientific shortcomings of the time.

**Keywords:** Illness, Pandemic, Contagion, Doctors, Medicines.

\* Centro de investigaciones Multidisciplinarias sobre Chiapas y Centroamérica. Universidad Nacional Autónoma de México. Líneas de investigación: Antropología de la religión, etnicidad, antropología del deporte, historia cultural de la Revolución Mexicana.

## Introducción

Pasada la pandemia del COVID-19, no resulta extraño volver la vista atrás a lo sucedido en Chiapas durante otra calamidad conocida en la historia como “influenza española”. En México, junto a ese nombre popularizado, aparecieron otros: “muerte púrpura”, “peste roja” (Márquez y Molina del Villar, 2010, p. 124) y el “trancazo” (Gómez, 2020, p. 593). En el estado fueron empleados “influenza catarral” y “gripa de fuerza respiratoria”<sup>1</sup>.

Se debe incluir dicha enfermedad en el grupo de epidemias que han recorrido la humanidad con una profundidad histórica no siempre posible de discernir (Ranger y Snack, 1992; McNeill, 2016; Galeana, 2020), aunque su acotamiento geográfico se transformó, según el historiador Emmanuel Le Roy Ladurie (1989, p. 33), desde el siglo XIV con su “unificación microbiana”, retomando lo expuesto por el estadounidense Woodrow Borah. Acerca de México algunos trabajos repasan el papel de enfermedades y epidemias antes y después del arribo de los castellanos a tierras americanas (Florescano y Malvido, 1982; Lovell y Cook, 2000; Mandujano *et al.*, 2003; Valdés, 2013). Incluso para el periodo entre 1821 y 1910 se ha calculado el desarrollo de 50 epidemias en todo el país (López *et al.*, 2017, p. 93), muchas con afectación en el territorio chiapaneco.

En ese panorama epidémico el sorprendente arribo del COVID-19 no lo fue tanto para los especialistas, quienes sabían de esa posibilidad por los conocimientos acumulados, de los cuales formó parte la composición genética del virus causante de la influenza española (Echeverri, 2018, pp. 19-20). Ahora bien, estos logros científicos no evitaron los numerosos fallecimientos a causa del coronavirus, lo que extrapolado al siglo pasado dimensiona la situación de la población entre 1918 y 1920, fechas que condensaron las tres olas de la pandemia (Porrás, 1994, p. 76), brotes diferenciados por el alcance territorial y la repercusión luctuosa, aunque el segundo, el cual arribó a Chiapas en el otoño de 1918, más extendido y mortífero (Patterson y Pyle, 1991). Los meses comprendidos entre octubre y diciembre de 1918 agruparon el impacto de la enfermedad en territorio chiapaneco, ratificado por el optimismo oficial y de la opinión pública que la dio por terminada al finalizar tal año. Sin embargo, si se conoce el funcionamiento de los virus, resulta dudosa su rápida desaparición o que sus secuelas no afectaran a la población, al menos durante los primeros meses de 1919.

Respecto a la influenza española se ha asumido que en México entró por la frontera norte con Estados Unidos y el puerto de Veracruz; afirmación que olvida, en el caso de Chiapas, su vínculo con Centroamérica. Según Richard N. Adams, por ejemplo, el virus ya había sido detectado en El Salvador y Guatemala en agosto y septiembre de 1918 (Adams, 1997, p. 484). También se debe señalar que cuando llegó

<sup>1</sup> R. Paniagua a secretario general de Gobierno. Archivo Histórico del Estado, Secretaría General de Gobierno, Tomo XVII, Expediente 218, f. 81, sin lugar, 21 de noviembre de 1918.

la influenza española, Chiapas vivía una compleja realidad por el conflicto entre el gobierno estatal partidario del presidente Venustiano Carranza y grupos armados contrarios a su política. Tal vez por esa circunstancia situaciones como la afectación de la influenza española no ha sido significativa para la historiografía chiapaneca, más preocupada por estudiar temas políticos y agrarios en el periodo de la Revolución Mexicana. Una manera de corregir esa ausencia es presentar el documento de este artículo, el cual aporta información respecto a la forma de enfrentar la enfermedad, como fuente primaria, resguardada en los fondos del gobierno estatal en el Archivo Histórico de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, con sede en Tuxtla Gutiérrez. Así, con el texto que lo acompaña, forma parte de una investigación más amplia acerca de la influenza española en el estado, cuya finalidad es conocer cómo se vivió la enfermedad y su alcance en vidas humanas.

### Breve contexto para entender la pandemia en la época

En México, como en otros países, los aspectos médico-sanitarios fueron inquietudes del Estado desde el siglo XIX. El impacto de las epidemias sufridas por la población, aunado a los avances médicos, condujo a una mayor preocupación por la “profilaxis pública” aplicada a enfermedades infecciosas (Porrás, 2020, p. 69). El país, por los cambios políticos durante el periodo de la Revolución Mexicana, reorganizó paulatinamente su sistema sanitario. Instituciones reconstruidas e intereses nuevos, como la regulación educativa de la práctica médica, se hicieron presentes. Y lo mismo cabe decir del incremento de los escritos de carácter científico o divulgativo acerca de higiene y sanidad (Agostoni, 2008, pp. 6-7). En consecuencia, las disposiciones de higienes personal y pública se convirtieron en referentes para la prevención de las enfermedades y su propagación en un México que el destacado miembro del *establishment*, Alberto J. Pani, diagnosticó como atrasado en la protección de la vida humana según los estándares para un país civilizado (Gudiño y Aguilar, 2010, pp. 66-67).

Se infiere que por el desconocimiento de los virus causantes de la influenza, la respuesta fuera combinar ideas respecto al origen y su transmisión procedentes del pasado, “derivadas de las teorías miasmáticas y microbianas” (Molina, 2020, p. 392), con otras más cercanas a los avances científicos en materia bacteriológica del siglo XIX. Es decir, incluso con posterioridad a la pandemia de 1918, convivieron teorías acerca del origen de enfermedades y contagios. Algunas involucraban a organismos —miasmas y gérmenes— que invadían los cuerpos humanos para provocar sus dolencias. Tal fue el caso de la teoría miasmática, de largo aliento histórico, cuya convicción era que la enfermedad se extendía mediante las emanaciones desprendidas por el ambiente, identificadas fácilmente por “los olores fétidos” (Porter y Vigarello, 2005, p. 354). Falta claridad acerca del origen de enfermedades que avanzaron con la aparición de la teoría bacteriana a finales del siglo XIX, pero no quiere decir que fueran olvidados los aspectos climáticos y los procedentes del ambiente, este último

transmisor de los olores fétidos propiciadores de las miasmas (Larrea, 1997, p. 47). La paulatina crisis de la teoría miasmática no le impidió tener muchos seguidores aún en el siglo XX, como sucedió en Chiapas durante la pandemia de influenza española. Por consiguiente, no es posible pensar en un cambio radical y evolutivo en el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades, sino en transformaciones científicas acompañadas de la intervención estatal en las políticas sanitarias o la creación de escuelas universitarias para formar a profesionistas de la cada vez más ensalzada labor médica.

El cada vez más destacado papel de los médicos en las instituciones y la definición de las políticas públicas sanitarias fueron ejemplificados a la perfección por el médico y militar José María Rodríguez, titular del Consejo de Salubridad General mexicano durante la pandemia. Lo mismo se puede decir de José Siurob, otro militar y médico, quien desde la Cámara de Diputados se refirió a finales de octubre de 1918 a las instrucciones a la prensa para atender la epidemia, destacando el papel de los médicos,<sup>2</sup> también discutido por fluctuar su misión del compromiso con los pacientes a la huida de los focos de infección (Ramírez, 2021, pp. 220-221).

Aunque la mayoría de las localidades chiapanecas no contara con médicos, el reconocimiento oficial de su titulación fue visible en Chiapas ya en la época de la pandemia de 1918. Esta preeminencia de los galenos graduados fue coincidente con el repudio oficial a curanderos y sanadores que, no obstante su vigencia, fueron desprestigiados. La credibilidad de los facultativos influyó en la búsqueda de opiniones y consejos referentes a los remedios más certeros. Así, el gobierno estatal recurrió al médico Gustavo Gómez Azcárate para consultarle cómo tratar la influenza española en la localidad de Simojovel,<sup>3</sup> hecho muy sorprendente porque no era la única afectada por la pandemia a finales de noviembre. Este doctor respondió de manera extensa, como se aprecia en el documento aquí presentado.<sup>4</sup>

Conocer la convivencia de explicaciones respecto al origen y el tratamiento de las enfermedades, aunado al desconocimiento de la existencia de los virus, hizo que los médicos e higienistas de la época consideraran enfrentar la influenza española con medidas aplicadas en epidemias previas como las del "aislamiento, la cuarentena, [...] y la desinfección" (Agostoni, 2005, p. 173), hecho reflejado en el confinamiento de los enfermos y el cierre de lugares públicos, en especial donde pudiera haber concentraciones de individuos, como cuarteles militares, templos o centros recreativos.

<sup>2</sup> Diario de Debates de la Honorable Cámara de Diputados, n. 60, Legislatura XXVIII, México, 30 de octubre de 1918, consultado el 04-02-2022: <http://cronica.diputados.gob.mx/DDebates/28/1er/Ord/19181030.html>.

<sup>3</sup> Oficial mayor encargado al doctor Gustavo Gómez y Azcárate. Archivo Histórico del Estado, Secretaría General de Gobierno, Sección Gobernación, Tomo XVII, Expediente 224, f. 6, Tuxtla Gutiérrez, 29 de noviembre de 1918.

<sup>4</sup> Documento firmado por el doctor Gustavo Gómez Azcárate. Archivo Histórico del Estado, Secretaría General de Gobierno, Sección Gobernación, Tomo XVII, Expediente 224, ff. 12-19, Tuxtla Gutiérrez, 5 de diciembre de 1918.

En el caso chiapaneco las primeras medidas se ejecutaron en la costa, la primera región en sentir los efectos del virus. Las referencias al aseo necesario y la desinfección de edificios y lugares públicos fueron repetidas en los últimos tres meses de 1918,<sup>5</sup> a veces coincidiendo con el papel que debían jugar las juntas de socorro instaladas o por crearse en los municipios.<sup>6</sup>

Los periódicos nacionales y chiapanecos expusieron los síntomas más comunes de la enfermedad, como fiebre elevada, hemorragias bucales y nasales, “expectoraciones sanguinolentas y trastornos nerviosos”; ofreciendo medidas profilácticas para prevenir los contagios (Márquez y Molina, 2010, p. 138).

Respecto a las actuaciones ciudadanas hay que mencionar los antídotos conocidos o emergentes que en años recientes están siendo valorados en las investigaciones académicas, remedios oficiales, populares o caseros compartidos por grupos sociales disímiles en las regiones del mundo por el desconocimiento de la enfermedad (Beldarraín, Cabrera y Armenteros, 2019, pp. 7-10). Es pertinente mencionar que quienes creían en la incipiente potestad de la ciencia médica recurrieron a tales consejas y otras prácticas de la ciudadanía, que buscaba solucionar una crisis de la magnitud planteada por la influenza española (Bristow, 2012).

Al desconocimiento del origen viral de la enfermedad se unió la falta de recursos medicinales para detener su expansión. Los médicos del mundo, por lo general, asumieron una perspectiva denominada “polipragmatismo o polifarmacia” por “recurrir al botiquín para tratar de resolver el problema” (Spinney, 2018, p. 129). Lo más común fue acudir a lo disponible y conocido. Según el punto de vista médico, los compuestos usados contra la influenza española remiten a epidemias de gripe precedentes y fueron divulgados en México por tres conductos:

- (1) recomendaciones médicas, preventivas y publicidad de medicamentos difundidos en la prensa; (2) manuales médicos impresos en folletos y libros; y (3) publicaciones especializadas, como los Boletines del DS y discusiones en las sesiones de este propio órgano de salud pública. (Molina, 2020, p. 402).

La falta de certeza para tratar la influenza española condujo a un sinnúmero de medidas profilácticas entre las cuales se debe incluir acciones y productos considerados “inútiles y contraproducentes” (Molina, 2020, pp. 400-402):

<sup>5</sup> Oficial mayor a presidente municipal de Catazajá. Archivo Histórico del Estado, Secretaría General de Gobierno, Sección Gobernación, Tomo XVII, Expediente 222, f. 6, Tuxtla Gutiérrez, 29 de noviembre de 1918.

<sup>6</sup> Oficial mayor a presidente municipal de Salto de Agua. Archivo Histórico del Estado, Secretaría General de Gobierno, Sección Gobernación, Tomo XVII, Expediente 222, f. 9, Tuxtla Gutiérrez, 20 de noviembre de 1918.

La mayor parte de los médicos recomendaron guardar cama, tomar una dieta sana y mantener una buena higiene personal, administrar salpirina y quinina para rebajar la fiebre, enjuagues para los conductos nasales, arsenicales y glicerofosfatos para restaurar el apetito y las fuerzas. Además de recomendar guardar cama, se prescribían purgantes, quinina, café, ajos, fumar, cerveza, yodo, ron o coñac (Molina, 2020, pp. 399-400).

Los remedios recetados por los médicos no fueron los únicos utilizados, pues el uso de hierbas y la consulta a curanderos locales estaban extendidos en amplios sectores carentes de recursos económicos para adquirir fármacos (González García, 2013, p. 322). Junto a esas acciones, entendidas como posibles curas, se recurrió a sustancias ya conocidas en México:

[...] “huachichili”, “tabardillo”, limón, alcohol, bromoquinina, pastillas de sulfato de Dower, arsénico de estricnina, aceite alcanforado, aspirinas, suero anti-diftérico, sulfato de calcio, azufre, bicloruro de mercurio, cafeína, tintura de yodo, gránulo de sulfato, ergotina de Ivon, pastillas de bromoquinina, resallinaco, gránulos de arsénico, sulfato de magnesio, agua oxigenada, sulfato de morfina, cloruro de quinina y fenol, entre otros... (Molina, 2020, pp. 402-403).

Caótico inventario de ingredientes para reafirmar la idea de la “polifarmacia” y que se une al repertorio, muy improvisado, de acciones para impedir la propagación de la pandemia y contrarrestar sus efectos mortales desde las instituciones públicas. Recurrir a los conocimientos acumulados en epidemias anteriores y los conocimientos de los facultativos mexicanos fue también común en Chiapas, demostrando la precariedad logística de su gobierno por la constante solicitud de ayuda a las dependencias federales, lo cual señala el impacto de la influenza española en territorio estatal y refiere el grado de improvisación gubernamental, situación que condujo a solicitar el apoyo de los pocos médicos residentes en el estado.

### Reflexiones y remedios del doctor Gustavo Gómez Azcárate

No se cuenta con suficientes datos del paso del médico por tierras chiapanecas. Sin embargo, conocer acerca de su nacimiento en 1892 significa que en tiempos de la epidemia contaba con 25 o 26 años,<sup>7</sup> y es muy posible que realizara estancia puntual o práctica de campo lejos de la Escuela Médico Militar de la Ciudad de México, donde estudió, última institución en la cual, en 1920, fue nombrado “Profesor Ayudante” “con el cargo de Jefe de Clínica” del “3er. Curso de Clínica Quirúrgica”, actividad docente, junto a otras, desempeñada durante su dilatada vida laboral.<sup>8</sup>

<sup>7</sup> Obtenido el 11-12-2020: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=45854>.

<sup>8</sup> Obtenido el 11-12-2020: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=46832>.

A pesar de la falta de información acerca de Gómez, sus acciones fueron loadas desde las páginas del bisemanario Chiapas Nuevo, de la capital del estado, porque no se dio “descanso atendiendo a sus enfermos con eficacia, y dejando de cobrar a los pobres y necesitados, en muchas ocasiones.”<sup>9</sup> Por esta referencia se entiende que el gobierno estatal le solicitara, sin que necesariamente fuera al único médico a quien se le pidiera consejo, un diagnóstico de las características de la influenza española y sus indicaciones para enfrentarla colectiva e individualmente. Él respondió la solicitud y comenzó su escrito con una descripción general de la enfermedad, para añadir aspectos que condicionarían o afectarían su expansión, todos muy próximos a las teorías ambientalistas y miasmáticas que incidían en las medidas higiénicas. Con minuciosidad, señala cómo se produce el contagio y las posibles causas que hacen proclives a ciertos seres humanos. Para eso sitúa su origen en los gérmenes y las referencias más novedosas al bacilo de Pfeiffer, amalgama de explicaciones procedentes del pasado y de los nuevos descubrimientos científicos recurrente entre los médicos de la época, maraña descriptiva del origen y la transmisión de la enfermedad notoria cuando trata su profilaxis mediante primeras acciones de carácter higiénico general, incluyendo disposiciones de control de los esfuerzos físicos por los ciudadanos. Junto a los preceptos sanitarios que debían afectar a los lugares públicos y la higiene personal, el médico enumeró otras acciones preventivas para ser practicadas por los ciudadanos en sus localidades. Por último, se explaya en los posibles tratamientos de la “polifarmacia”, por supuesto, aunque el facultativo era consciente de la ausencia de uno “específico de la gripa”. A la variedad de productos y sustancias mencionados, la manera de prepararse y su aplicación en las partes del cuerpo, agregó los destinados a mejorar la condición del enfermo.

Las explicaciones de Gustavo Gómez recogen las variadas posiciones médicas, propias del desconocimiento de la existencia del virus y las cuales no podían más que recurrir a los tratamientos de la gripe predominantes. Alguna de sus reflexiones era discutida, y lo sigue siendo, cuando se trata el papel de la climatología para acentuar o frenar la enfermedad: “en las localidades de clima frío por facilitarse en ellas la aparición de neumonías y bronconeumonías.” Finalmente, señala la duración de entre cinco y siete días del padecimiento, los síntomas generales y aquellos vinculados con los aparatos respiratorio y digestivo, desmenuzando para órganos como faringe, hígado o arterias.

Pasados dos meses de que la influenza española apareciera en Chiapas, al menos según consta en la documentación, el gobierno estatal giró instrucciones referentes a los remedios para prevenirla o sanarla, algunos muy coincidentes con los expuestos por el doctor Gómez.<sup>10</sup>

<sup>9</sup> Un hombre filantrópico (1918, 12 de diciembre). Chiapas Nuevo.

<sup>10</sup> Oficial mayor al presidente municipal de Chapultenango. Archivo Histórico del Estado, Secretaría General de Gobierno, Sección Gobernación, Tomo XVII, Expediente 225, f. 25, Tuxtla Gutiérrez, 13 de diciembre de 1918.

Se desconoce la repercusión de las recomendaciones de Gómez Azcárate y del gobierno estatal a los municipios chiapanecos. No obstante, es obvio que existieron otras vías para aconsejar a la población; tales son los casos de la prensa y la distribución de orientaciones procedentes del gobierno federal. En concreto, a Chiapas llegaron 20 paquetes con diez mil ejemplares de instrucciones impresas, reparto tardío, no cabe duda, pues fue emprendido en enero de 1919,<sup>11</sup> cuando prácticamente se dejó de hablar de la influenza española en el estado.

Para finalizar, es pertinente ponderar que resulta un error aferrarse al evolucionismo médico lineal para entender lo sucedido en periodos como el del arribo de la influenza española. Por eso tiene sentido lo expuesto por Porras (1994), Faure (2005) y Vigarello (2005) respecto a que las representaciones médicas del cuerpo y la enfermedad no se suceden, sino que, casi siempre, se entrecruzan en una temporalidad histórica. La teoría del germen y la incipiente bacteriología no hallaron, como resulta evidente por lo expuesto, las causas y el tratamiento de la influenza española en el momento de la pandemia; sin embargo, reducir la observación de lo sucedido únicamente a las perspectivas médicas y biológicas conduce a cuestionamientos lógicos, los cuales inciden en la atención necesaria de los aspectos histórico-sociales para entender situaciones como las provocadas por las pandemias (Henaó y Hernández, 2017, pp. 20-22).

## Referencias

- Adams, R. N. (1997). Estado e indígenas durante la epidemia de influenza de 1918-1919 en Guatemala. *Mesoamérica*, 34, 481-558.
- Agostoni, C. (2005). Los infinitamente pequeños: debates y conflictos en torno a la bacteriología (Ciudad de México, siglos XIX y XX). En C. Agostoni y E. Speckman (eds.), *De normas y transgresiones. Enfermedad y crimen en América Latina (1850-1950)* (pp.167-192). UNAM.
- Agostoni, C. (2008). Introducción. En C. Agostoni (coord.), *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX* (pp. 5-14). UNAM, BUAP, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades "Alfonso Vález Pliego".
- Beldarraín, E., Cabrera, B. y Armenteros, I. (2019). La gripe de 1918 en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 45 (4), 1-15.
- Bristow, N. K. (2012). *American Pandemic: The Lost Worlds of the 1918 Influenza Epidemic*. Oxford University Press.
- Echeverri, B. (2018). En el centenario de la gripe española: un estado de la cuestión. *Revista de Demografía Histórica*, 36 (1), 17-42.
- Faure, O. (2005). La mirada de los médicos. En A. Corbin, J.-J. Courtine y G. Vigarello (coords.), *Historia del cuerpo. De la Revolución francesa a la Gran guerra* (pp. 23-56), vol. II. Taurus.
- Florescano, E. y Malvido, E. (comps.). (1982). *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*. IMSS.

<sup>11</sup> Doctor José Rodríguez al gobernador de Chiapas. Archivo Histórico del Estado, Secretaría General de Gobierno, Sección Gobernación, Tomo XIV, Expediente 89, f. 2, México, 10 de diciembre de 1918.



- Galeana, P. (2020). *Las epidemias a lo largo de la historia*. *Antropología Americana*, 5 (10), 13-45.
- Gómez, O. (2020). El "trancazo", la pandemia de 1918 en México. *Salud Pública de México*, 62 (5), 593-597. <https://doi.org/10.21149/11613>.
- González, A. (2013). Avances y tendencias actuales en el estudio de la pandemia de gripe de 1918-1919. *Vínculos de Historia*, 2, 309-330.
- Gudiño, M. R. y Aguilar, I. (2010). *Cien años de prevención y promoción de la salud pública en México, 1910-2010*. Secretaría de Salud/CIESAS.
- Henao, L. y Hernández, M. (2017). La pandemia de gripe de 1918: un caso de subsunción de lo biológico en lo social. *Americanía. Revista de Estudios Latinoamericanos*, 6, 8-52.
- Larrea, C. (1997). *La cultura de los olores. Una aproximación a la antropología de los sentidos*. Abya-Yala.
- Le Roy Ladurie, E. (1988-1989). Un concepto: la unificación microbiana del mundo (siglos XIV y XV). *Historias*, 21, 33-69.
- López, M., Baladrán, A., Villegas, M. y Rodríguez, I. (2017). La salubridad general de la República y el combate a las epidemias como imperativo constitucional. En *La Salud en la Constitución Mexicana* (pp. 93-114). Secretaría de Cultura/Secretaría de Salud.
- Lovell, W. G. y Cook, N. D. (coords.). (2000). Juicios secretos de Dios. Epidemias y despoblamiento indígena en *Hispanoamérica colonial*. Abya-Yala.
- Mandujano, A., Camarillo, L. y Mandujano, M. A. (2003). Historia de las epidemias en el México antiguo. Algunos aspectos biológicos y sociales. *Revista Casa del Tiempo*, 4, 9-21.
- Márquez, L. y Molina, A. (2010). El otoño de 1918: las repercusiones de la pandemia de gripe en la ciudad de México. *Desacatos*, 32, 121-144. <https://doi.org/10.29340/32.386>.
- McNeill, W. H. (2016). *Plagas y pueblos*. Siglo XXI.
- Molina, A. (2010). Influenza A (H1N1): estudio de la contingencia sanitaria y el brote de una pandemia desde las perspectivas epidemiológica, social e histórica. *Desacatos*, 32, 9-14.
- Molina, A. (2020). Remedios curativos y propaganda médica contra la influenza de 1918 en México: ideas y conocimientos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 27 (2), 391-409. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702020000200005>.
- Patterson, K. D. y Pyle, G. F. (1991). The Geography and Mortality of the 1918 Influenza Pandemic. *Bulletin of the History of Medicine*, 65 (1), 4-21.
- Porras, M. I. (1994). *Una ciudad en crisis: la epidemia de gripe en 1918-1919 en Madrid* [tesis de doctorado, Universidad Complutense de Madrid]. Repositorio Institucional de la Universidad Complutense de Madrid.
- Porras, M. I. (2020). Una relectura de la pandemia de gripe de 1918-1919 en tiempos de la COVID-19. En R. Campos, E. Perdiguero-Gil y E. Bueno (eds.), *Cuarenta historias para una cuarentena: reflexiones históricas sobre epidemias y salud global* (pp. 66-70). Sociedad Española de Historia de la Medicina.
- Porter, R. y Vigarello, G. (2005). Cuerpo, salud y enfermedades. En A. Corbin, J.-J. Courtine y G. Vigarello (coords.), *Historia del cuerpo. Del Renacimiento al Siglo de las Luces* (pp. 323-357), vol. I. Taurus.
- Ramírez, M. (2021). Entre dos pandemias: la influenza española y el Covid-19. *Revista Mexicana de Sociología*, 83 (1), 215-237. <http://dx.doi.org/10.22201/iis.01882503p.2021.60028>.
- Ranger, T. y Snack, P. (eds.). (1992). *Epidemics and ideas. Essays on the historical perception of pestilence*. Cambridge University Press.

- Spinney, L. (2018). *El jinete pálido. La historia de la epidemia de gripe que transformó el mundo*. Crítica.
- Valdés, L. M. (2013). La demografía como instrumento de análisis. En I. Brena (coord.), *Emergencias sanitarias* (pp. 107-135). UNAM.
- Vigarello, G. (2005). Higiene corporal y cuidado de la apariencia física. En A. Corbin, J.-J. Courtine y G. Vigarello (coords.), *Historia del cuerpo. De la Revolución francesa a la Gran guerra* (pp. 281-293), vol. II. Taurus.

#### **Referencia del documento**

- Gómez Azcárate, G. Archivo Histórico del Estado, Secretaría General de Gobierno, Sección Gobernación, Tomo XVII, Expediente 224, ff. 12-19, Tuxtla Gutiérrez, 5 de diciembre de 1918.

13

La gripa o influenza, que últimamente ha hecho tantos estragos, y que llaman en la actualidad "influenza española", es una enfermedad microbiana, de carácter infeccioso y contagioso determinada por un bacilo especial que lleva el nombre del que lo ha estudiado con más asiduidad y provecho: Pfeiffer. Dicha enfermedad es endémica en casi todas las Ciudades del globo y suele presentarse, como en el caso actual, bajo la forma de epidemias que por su generalización en todo el mundo, reciben el nombre de pandemias. Estas epidemias se extienden con tal rapidez y de modo tan inevitable, que casi siempre resultan inútiles los medios que se ponen en práctica para evitar la aparición de la enfermedad en tal o cual población lo que no quiere decir que dejen de tomarse las medidas más rigurosas indicadas en casos semejantes, puesto que de su aplicación, estudio y efectividad, puede llegarse al conocimiento de otras más perfeccionadas cuyos resultados influencien en cierto modo el carácter de malignidad o benignidad, formas, duración, etc., que en cada población presente la epidemia. El clima, las condiciones higiénicas de cada Ciudad o Villa, tales como estado de sus drenajes, de sus pastos, mercados, cementerios, lugares de reunión, potabilidad de sus aguas, aseo público y privado, etc., ejercen una influencia poderosísima sobre los caracteres de la enfermedad.

**CONTAGIO.**-Se efectúa principalmente por la aspiración de los gérmenes de virulencia exaltada que provienen de los enfermos y que se encuentran en suspensión en el aire atmosférico y juega en él, el principal papel, el aparato respiratorio que es el receptor de los gérmenes infecciosos generadores de la gripa.

Para que la enfermedad se manifieste en cualquier individuo, es necesario que dos factores se pongan en condiciones podríamos decir armónicas, factores principalísimos que están constituidos por la virulencia de los gérmenes y la resistencia del individuo, para que del acuerdo entre ambos (aumento de una cualidad por parte del atacante -virulencia del bacilo- y disminución de otra por parte del atacado -resistencia o medios de defensa del organismo-) resulte que el germen se encuentre en condiciones de multiplicarse y hacer absorber sus toxinas dando lugar a cuadros clínicos más o menos graves, o sin importancia, pero que obligan al enfermo (que ya puede considerarse como tal) a recurrir a los auxilios del Médico.

Ahora bien, el contagio, según hemos convenido ( y todas las observaciones

--2--

ciones científicas lo confirman) se efectúa principalmente por el aire atmosférico, pues que los gérmenes infecciosos son continuamente arrojados por los enfermos en sus esputos, en las gotitas de saliva que involuntariamente lanzan al conversar, y aún en las espiraciones forzadas que muchas veces se ven obligados a efectuar por la sensación de molestia u opresión torácica que experimentan; dichos gérmenes, que al principio se encuentran aprisionados, por decirlo así, en los esputos y las gotitas de saliva a que nos hemos referido, se ponen en libertad y en suspensión en el aire al secarse ambos vehículos, circulando en el sentido y con la misma velocidad que su conductor actual. Pues bien, estos bacilos, circulando en la atmósfera son aspirados por los habitantes de la Ciudad no provocando en todos las manifestaciones de la enfermedad, lo cual se explica por las condiciones de resistencia de cada individuo, condiciones que irremisiblemente se alteran por causas que unas veces son independientes del sujeto y otras dependen del cuidado que se tenga para conservar la salud: las primeras consisten en variaciones bruscas de la temperatura ambiente, circulación de fragmentos orgánicos o minerales (basuras, polvos, humos) en el aire atmosférico, enfermedades anteriores debilitantes del organismo, etc., siendo las segundas las consecutivas a la vida agitada de ciertos transeúntes, a las condiciones de receptividad en que se colocan los que piensan que el alcohol o cualquiera otra bebida adicionada o no de tal o cual sustancia es un preventivo seguro de la enfermedad, dedicándose a la embriaguez. Todo esto es apoyado por las frecuentes observaciones hechas sobre individuos sanos que suelen guardar en su boca y en su faringe los bacilos de Pfeiffer sin que presenten ningún síntoma de influenza: hecho que queda explicado por el corto número y la escasez de virulencia de los mencionados bacilos en el individuo portador de ellos, y por las condiciones de suficiencia en la resistencia que dicho individuo presenta para los bacilos. Estas observaciones han sido hechas, no sólo con el diplobacilo de Pfeiffer sino con otros microbios específicos de ciertas enfermedades endémicas en poblaciones cuyos habitantes guardan gérmenes en sus cavidades naturales: tal sucede, por ejemplo, con los bacilos productores de la difteria o bacilos de Klebs-Löffler que suelen presentarse en la boca y faringe de algunas personas sanas; el pneumococo que se encuentra también en personas que nunca han sufrido una pulmonía.

SINTOMAS.- La enfermedad principia con una sensación general de cansancio, dolores principalmente articulares, cefalalgia, pérdida del apetito, mal sabor de boca y a veces congestiones más o menos acentuadas en las conjuntivas y pesantez de los párpados, así como una sensación de tensión dolorosa en los globos oculares; en la mayoría de los casos, al cabo de 24 horas aproximadamente, se presenta la elevación de la temperatura que se efectúa paulatina y progresivamente hasta alcanzar 39 o 40 grados al cabo de ocho o diez horas de iniciada, momento en el cual se acentúan los síntomas del principio apareciendo algunos nuevos que clasificaremos para su mejor inteligencia:

Síntomas respiratorios: Catarro nasal (que muchas veces aparece como síntoma del principio), traqueo-bronquitis al principio ligera, pero marcándose mucho en la convalecencia, ligera disnea y sensación de opresión torácica. La traqueo-bronquitis se manifiesta como en cualquiera otra de las enfermedades en que se presenta, por sensación de cosquilleo en la tráquea, tos al principio seca y después con expectoración mucosa y purulenta y estertores gruesos y escasos a la auscultación; la disnea casi siempre está en relación con el grado de elevación de la temperatura y el número de revoluciones cardiacas, así como la opresión guarda relaciones íntimas con la intensidad infecciosa o tóxica del padecimiento en cada caso particular.

Síntomas digestivos.- Los principales de estos, son: pérdida del apetito (que como dijimos anteriormente, se presenta desde los principios de la enfermedad), mal sabor de boca, que suele sentirse pastoso y amargo, así como muy seca en casos de ataque grave. La lengua presenta al principio un estado saburral muy marcado ("lengua muy sucia") que se conserva durante el tiempo que dura la enfermedad, haciendo lugar a veces, en los casos graves, a un aspecto especial de ella, que presenta una faja central reseca, de aspecto escamoso, de color amarillo oscuro, que se sitúa longitudinalmente desde la base del órgano hasta la punta, disminuyendo de anchura en ésta: sus bordes se conservan húmedos y de aspecto normal.

La faringe es atacada con tal intensidad a veces, que en algunos casos he observado localizada el mal a ella, tomando entonces el tipo de una faringitis más o menos acentuada, siempre de corta duración y curso favorable.

Algunas veces se presentan náuseas y vómitos que al principio billa

tos y alimenticios provocados por la ingestión de los alimentos (los enfermos de esta Ciudad se quejan mucho de que la leche les provoca lo que aquí llaman "deposición"), son a veces, aunque en casos raros y muy graves, sangrientos, con los caracteres de las gastrorragias (aspecto de borra o bagazo de café). A consecuencia de tales vómitos se presenta a las veces una sensación de cansancio en los músculos abdominales (diafragma, rectos, oblicuos y transversos) que los enfermos expresan diciendo que sienten "dolor de barriga" y achacan a motivos a cual más extraños.

La constipación es, por decirlo así, clásica en la gripe: cede con facilidad a los lavados y a los laxantes; hace lugar tal cual vez, a una diarrea más o menos intensa y consuntiva, con evacuaciones frecuentes de caracteres macroscópicos al principio normales, haciéndose después de un olor pestilente, de un color café claro, para dar lugar en seguida, a un aspecto disenteriforme o constituirse en verdadera melena, presentándose a veces acompañada de retortijones más o menos molestos que obligan a los enfermos a decir que están "empachados".

El hígado se resiente al principio de la enfermedad, presentando un ligero aumento de su área de proyección, cosa que cede, si el curso de la enfermedad es favorable, al segundo día, haciendo lugar en casos graves, a una disminución de su volumen, clínicamente observable.

Síntomas cardio-vasculares.-El centro de la circulación se encuentra siempre atacado por las toxinas del bacilo (excepto en las formas puramente catarrales). Aumenta el número de sus revoluciones, sostiene la fuerza de sus contracciones, ocasionando algunas veces, palpitaciones más o menos molestas; el ritmo se conserva inalterado en los casos benignos, no sucediendo lo propio en los graves, en los cuales se altera de una manera irregular constituyendo una arritmia que acusa, asociada a la hipotensión arterial y a la debilidad de los ruidos a la auscultación, la inflamación de que es asiente el miocardio.

Las arterias, sobre todo la radial, que es la más frecuentemente explorada, presentan sus caracteres normales, permitiendo apreciar las modificaciones que la tensión arterial sufre, modificaciones que en los casos favorables se sujetan a las leyes fisiológicas tan bien estudiadas por Marey. En los casos hiperinfecciosos de la enfermedad, la tensión arterial disminuye considerablemente a pesar del número crecido de revoluciones cardiacas, indicando la gravedad del caso.

---5---

17

Se presentan también equimosis provocadas por causas mínimas, tal como una inyección subcutánea. Las hemorragias son frecuentes, sobre todo en los individuos de temperamento hemofílico, siendo de ellas la nasal la que se observa las más de las veces; manifiestan también una alteración del sistema arterio-venoso; estas hemorragias son, como decíamos, más frecuentemente nasales (epistaxis) y se presentan en muchos casos, aun en los benignos; a veces son unas cuantas gotas de sangre las que llaman la atención del paciente, pero en otras se presentan con tal abundancia y frecuencia que por sí solas pueden poner en peligro la vida; las hemoptisis (sangre en los esputos) suelen presentarse al principio de la enfermedad en los tuberculosos latentes o declarados que se ven atacados por la epidemia: esta hemoptisis es de carácter francamente pulmonar, -- casi siempre ligera (excepto en los casos de tuberculosis avanzada en que puede romperse un aneurisma de Ramíssen) y cede con facilidad a la ipeca, no sucediendo lo mismo con las hemoptisis de la convalecencia que son frecuentes y constituidas por esputos con sangre roja alternando con los purulentos de este período y siendo debidas a escoriaciones más o menos acentuadas de la tráquea y bronquios gruesos.

Síntomas nerviosos.--El cerebro es también influenciado por la enfermedad: cuando la temperatura es elevada, se presenta un delirio tranquilo, incoherente y en general de corta duración; a veces es deambulatorio, obligando a los pacientes a abandonar su lecho y a andar sin un objeto determinado; la sucesión de las ideas se efectúa lentamente; la atención disminuye considerablemente. Los nervios centrales y periféricos, suelen ser asiento de neuralgias a veces muy molestas.

Algunos autores describen una forma meningea de la influenza, pero yo no la he observado nunca.

La orina sufre modificaciones que la falta de útiles y aparatos de laboratorio, me han impedido estudiar detenidamente: su color es amarillo verdoso, su cantidad disminuye y a la micción se experimenta una sensación de ardor en la uretra anterior que persiste aún en los primeros días de convalecencia.

EVOLUCIÓN.--La duración media de la enfermedad es de 5 a 7 días, dejando a su consecuencia una debilidad general fácil de combatir por la nuez vómica o la estriquina, y una tráqueo-bronquitis de una duración aproximada de ocho a diez días que molesta de cuando en cuando a los convalecientes.

---6---

DIAGNÓSTICO.-Es fácil haciendo una exploración cuidadosa, pues no se presta a confusiones con ningún otro padecimiento.

FORMAS.-Las formas clínicas que presenta la gripa son variadas, siendo las más frecuentes, la respiratoria, la gastro-intestinal, la cardíaca y la nerviosa; quedando constituidas cada una de ellas por la predominancia de los síntomas correspondientes (respiratorios, digestivos, cardíacos y nerviosos).

PROGNÓSTICO.-En general favorable, dependiendo en gran parte de las condiciones anteriores del individuo, de las atenciones que se le prodigan y del lugar en que se encuentre, siendo la mortalidad más acentuada en las localidades de clima frío por facilitarse en ellas la aparición de neumonías y bronconeuromonías.

COMPLICACIONES.- En esta Ciudad he observado únicamente la bronconeuromonía, la neumonía lobar y la pleuresía, siendo esta última la menos grave de ellas: a veces es seca y localizada, a veces generalizada, uni o bilateral y con derrame serofibrinoso con tendencia a la purulencia.

PROFILAXIS.-La profilaxis de la influenza consiste en mejorar las condiciones higiénicas de cada localidad, conservando y exigiendo un aseo riguroso de las calles, mercados, rastros, pascos, lugares de reunión tales como escuelas, templos, edificios públicos, etc., desinfectandolos metódicamente, así como las ropas y todos los objetos que hayan estado en contacto con los enfermos, los cuales deben arrojar sus esputos en escupideras con soluciones desinfectantes. Deberán evitarse toda clase de abusos, trabajos exagerados, fatigas físicas y morales. Se usarán continuamente desinfectantes de las fosas nasales y de la boca y faringe, siendo el más práctico para obtener lo primero, el aceite mentolado al 2 % y para desinfectar la boca y faringe el empleo de buches y gárgaras con agua hervida adicionada de diez gotas de fenosalyl en cada vaso, o de dos cucharadas de agua oxigenada, pudiendo emplearse una solución débil de permanganato de potasio, de ácido tímico (0.25 por litro), o de hidrato de cloral (2 a 3 %).

TRATAMIENTO.-No hay un tratamiento específico de la gripa, a pesar de haberse considerado por algunos, como tal, la "gayarsina" cuyos principales componentes son el arsénico orgánico y el guayacol.

En general, los medicamentos más útiles en la terapéutica de la enfermedad son, la quinina, la antipirina o analgesina y la nuez vómica,



---7---

que pueden administrarse y dosificarse en el adulto de constitución media, bajo la fórmula siguiente:

quinina (clorhidrato o sulfato) .....Un gramo  
 Antipirina.....Un gramo  
 Extracto de nuez vónica.....Dos centigramos

Para diez cápsulas, dando una cada hora, y pudiendo sustituir la nuez vónica por treinta centigramos de cafeína, así como la antipirina por cuatro centigramos de criogenina, un gramo de piramidón, o bien, dos gramos de aspirina. Al empleo de estas cápsulas debe preceder el de un purgante que puede ser salino (30 o 40 gramos de sulfato de magnesia) o "sal inglés" o de calomel, que es considerado por Freudental como abortivo de la gripa (0.75 a un gramo, con dos gramos de lactosa para cuatro óbleas, tomando una cada cinco minutos). Deben además emplearse sistemáticamente, grandes lavados intestinales de agua hervida adicionada de dos cucharadas de agua oxigenada por litro, empleando, en último caso, para efectuarlos, una solución débil de permanganato de potasio (0.20 por litro). Se desinfectarán continuamente las cavidades naturales, empleando en las fosas nasales, boca y faringe, las soluciones mencionadas al tratar la profilaxis, usando además, glicerina fenicada al 4 % para instilar gotas en los oídos.

El empleo del electrargol y del colargol, ha dado pocos resultados; no así la balneoterapia que hace ceder la temperatura elevada, pero que requiere ciertos conocimientos para ser aplicada.

La alimentación a que se sujetará al enfermo será la dieta de leche o atole, tomando el agua, hervida.

La tos, tan molesta de la convalecencia es moderada por el acónito, la codeína y la belladona, que se pueden asociar, por ejemplo, en la fórmula siguiente:

Infusión de polígala.....120.00  
 Alcohollatura raíz acónito..... .0.50 centigramos  
 Codeína......0.10 " "  
 Jarabe de belladona..... 30.00  
 Para cucharadas, una cada dos horas, en los adultos.

Tuxtla Gutiérrez, diciembre 5 de 1918.

